

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. នៅតំបន់ Northern California

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2026

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ន អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយ ចំនួនចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងការចំណាយរបស់យើង។ **សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ**នេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាននានា សូមពិនិត្យមើល **សៀវភៅណែនាំសមាជិក**ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/eocnca។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ **សៀវភៅណែនាំសមាជិក**របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ អេស៉្បាញ និងវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបាន **សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ**នេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗទៀតដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឯកសារអូឌីយ៉ូ ឬស៊ីឌីទិន្នន័យ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំដូចខាងក្រោម៖
 - ភាសាដែលពេញចិត្តក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស។
 - ការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់សំបុត្រនិងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត **និង**
 - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើល kp.org/medicare។

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

HINDI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਅਗਰ आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnavgv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ.....	10
B. ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ.....	10
B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង	11
B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ.....	12
C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង	13
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង	13
E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ.....	14
E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	14
E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថ	18
E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ "ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង"	20
E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ"	22
F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល.....	23
G. ការជ្រើសរើសគម្រោង	23
G1. ស្ថិតនៅក្នុងផែនការរបស់យើង	23
G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង	23
H. ការទទួលបានជំនួយ	29
H1. គម្រោងរបស់យើង	29
H2. កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	29
H3. កម្មវិធី Ombudsman.....	29
H4. Medicare.....	30



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

H5. California Department of Managed Health Care (ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California) 31

H6. គម្រោង Medicare Prescription Payment Plan..... 31

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- ❖ Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente ពឹងផ្អែកលើការបន្តនៃកិច្ចសន្យា។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាជារឿងសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅពេលឆ្នាំនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមានបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ **សូមមើលផ្នែក E** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

សមាជិកថ្មីចំពោះ Kaiser Permanente Dual Complete: ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែម។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ Kaiser Permanente Dual Complete ។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបស់អ្នក៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅក្នុងផ្នែក **G2**។
- ជម្រើស និងសេវាកម្ម Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក **G2**។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង

- គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P20 គឺជាគម្រោងសុខភាព ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- នៅពេលដែល សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះនិយាយថា "យើង" "ពួកយើង" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" វាមានន័យថាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយរបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើប្រាស់ទេ?
 - ធ្វើការវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាពួកវា នឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។
 - សូមមើលផ្នែក E1 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយ សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរលើការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ អ្នកដែរឬទេ?
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងឬទេ? តើគម្រោងទាំងនោះស្ថិតក្នុងកម្រិត ចែករំលែកតម្លៃផ្សេងគ្នាដែរទេ? តើអ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដូចគ្នាបានឬទេ? តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុនដែរឬទេ?
 - ធ្វើការវាយតម្លៃការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរ ការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ យើង។
 - តម្លៃថ្នាំរបស់អ្នកអាចកើនឡើងតាំងពីឆ្នាំមុន។
 - ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសដែលមានតម្លៃទាប ដែលអាចរកបាន សម្រាប់អ្នក។ នេះអាចជួយសន្សំសំចៃអ្នកក្នុងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំ ឆ្នាំបានពេញមួយឆ្នាំ។
 - សូមចងចាំថាអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់អ្នកកំណត់ថាតើថ្លៃចំណាយលើឱសថ ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរបានកម្រិតណា។
- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងបន្តស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់ យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ?
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរ ឬទេ? ចុះឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នក ប្រើប្រាស់?

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

- សូមមើលផ្នែក **D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។
- **គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង។**
 - តើអ្នកនឹងចំណាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអស់ចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ?
 - តើការចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- **គិតថាតើអ្នកសប្បាយចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងឬអត់។**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយ Kaiser Permanente Dual Complete North P20៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួល – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete North P20 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានប្រសើរជាងមុន អ្នកប្រហែលជាអាចប្តូរគម្រោងបាន (យោងទៅ **ផ្នែក G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរពី Kaiser Permanente Dual Complete North P4 ទៅ Kaiser Permanente Dual Complete North P20។

អ្នកនឹងទទួលបានកាត ID ថ្មីត្រឹមខែមករា ឆ្នាំ 2026។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកអាស្រ័យលើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងរបស់យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាននានា។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រង *លុះត្រាតែ*ឱសថទាំងនោះត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

សូមពិនិត្យមើល បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឆ្នាំ 2026 ដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) ឬឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/directory។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងអ៊ីម៉ែលទៅអ្នក **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ជំនួយ។

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលរ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់	អ្នកបង់ \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$325 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដង។	អ្នកបង់ \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$400 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដង។
ស្បែកជើងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងបាតស្បែកជើង	អ្នកបង់ \$0 ។	អ្នកបង់ \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ 20% នៃសហធានារ៉ាប់រង។
ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់	អ្នកបង់ \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$110 ក្នុងការជួបពិនិត្យមួយដង។	អ្នកបង់ \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$115 ក្នុងការជួបពិនិត្យមួយដង។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើល kp.org/medicare។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$450 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្ងៃទី 1-5 (\$0 សម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃការស្នាក់នៅរបស់អ្នក) ក្នុងការចូលសម្រាកពេទ្យម្តងៗ។
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$405 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្ងៃទី 1-5 (\$0 សម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃការស្នាក់នៅរបស់អ្នក) ក្នុងការចូលសម្រាកពេទ្យម្តងៗ។
សម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ 0% ឬ 20% នៃសហធានារ៉ាប់រងអាស្រ័យលើទំនិញ។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថដែលចេញដោយគ្លីនិករបស់ Medicare ផ្នែក B	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នក បាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ 0% ឬ 20% សម្រាប់សហធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ផ្នែក B នៅពេលដែល ធ្វើការផ្តល់ ឬការសង្កេតដោយ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបាន ទាមទារ ហើយនៅពេលអ្នកផ្តល់សេ វាក្នុងបណ្តាញផ្តល់ឱសថឱ្យអ្នក។ ឱសថមួយចំនួនអាចតិចជាង 20% ប្រសិនបើឱសថទាំងនោះ ត្រូវបានកំណត់ថាជាលើសពីចំនួនអ តិផរណា។
ការថតស្កេន MRI, CT, និង PET	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នក បាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$500 ក្នុងការរក្សាភ័ក្ត្រ។
សេវាសង្កេត	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នក បាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$0 នៅពេល ផ្ទេរសម្រាប់ការសង្កេតពីផ្នែកស ង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបន្ទាប់ពីការរក្សាភ័ក្ត្រ អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬ \$110 ក្នុងមួយស្នាក់នៅ ពេល ចូលមន្ទីរពេទ្យដោយផ្ទាល់សម្រាប់ ការសង្កេតជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យា បាល។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នក បាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$0 នៅពេល ផ្ទេរសម្រាប់ការសង្កេតពីផ្នែកស ង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបន្ទាប់ពីការរក្សាភ័ក្ត្រ អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬ \$115 ក្នុងមួយស្នាក់នៅ ពេល ចូលមន្ទីរពេទ្យដោយផ្ទាល់សម្រាប់ ការសង្កេតជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យា បាល។

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$0 ឬ \$475 ក្នុងការជួបពិនិត្យម្តងអាស្រ័យតាមសេវាកម្ម។
ការវះកាត់របស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់មិនស្នាក់ព្យាបាល	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$475 ក្នុងមួយនីតិវិធី។
ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)	យើងរ៉ាប់រងលើទំនិញ OTC ដែលបានរាយក្នុងកាតាឡុក OTC របស់យើងសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញឱសថ OTC រហូតដល់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសចំនួន \$140។	អ្នកនឹងទទួលបាន កាតសុខភាពបន្ថែមដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ទុកមុន ជាមួយនឹងដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាស \$75 ដើម្បីទិញទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានលើអ៊ីនធឺណិត និងនៅហាងលក់រាយដែលចូលរួមកាតរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ចូលប្រាក់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ រាល់ផ្នែកដែលមិនប្រើក្នុងដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសនឹងមិនរំកិលទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។
ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ 20% នៃសហធានារ៉ាប់រង។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការព្យាបាលជំងឺញើនថ្នាំតាមលំនៅឋាន និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$100 ក្នុងការរក្សាទុក។
មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ (SNF)	អ្នកបង់ \$0។	អ្នកបង់ \$0។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកបង់ \$0 សម្រាប់ថ្ងៃទី 1–20 \$214 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្ងៃទី 21–100 ក្នុងមួយរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ បញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/seniorrx។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខដែលមាននៅក្រោមទំព័រនេះសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងតាមប្រៃសណីយ៍ទៅឱ្យអ្នកបានផងដែរ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង ក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាបញ្ជីឱសថ។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ បញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលអាចរួមបញ្ចូលការដកចេញ ឬការបន្ថែមឱសថការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរឹតបន្តឹងដែលអនុវត្តចំពោះការរ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះឱសថមួយចំនួន ឬការផ្លាស់ទីទៅកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។

ពិនិត្យមើល បញ្ជីឱសថឡើងវិញ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ និងដើម្បីដឹងថាតើមានការរឹតបន្តឹងណាមួយ ឬថាតើឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ទីទៅកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ។

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើននៅក្នុង បញ្ជីឱសថគឺមានថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare និង/ឬរដ្ឋ ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោង។ យើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព បញ្ជីឱសថតាមអនុញ្ញាតរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់ប្រចាំខែ ដើម្បីផ្តល់បញ្ជីឱសថថ្មីៗបំផុត។ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនោះជូនអ្នក។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងការរ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងរ៉ាប់រង។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ស្នើសុំ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នករកមើលឱសថមានការរ៉ាប់រង ដែលអាចនឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។
- សុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។
 - ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ**បណ្តោះអាសន្ន**ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺមានរយៈពេលរហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេល ដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើល **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក**របស់អ្នក។)
 - នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកអស់ទៅ។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងរ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកក៏បាន។
 - ករណីលើកលែងរួមបញ្ចូលដែលបានអនុម័តបច្ចុប្បន្នទាំងអស់ផុតកំណត់នៅចុងឆ្នាំប្រតិទិននីមួយៗ ហើយត្រូវតែបញ្ជូនឡើងវិញដើម្បីអនុម័តនៅដើមឆ្នាំថ្មីនេះ ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយលើឱសថ

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ចំនួនពីរសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់អាស្រ័យលើដំណាក់កាលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុង នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬការបើកថ្នាំឡើងវិញ។ ទាំងនេះគឺជាដំណាក់កាលពីរគឺ៖

ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ
ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ផ្នែកមួយនៃថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងនៃឆ្នាំនេះ។	ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនេះបង់ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទាំងអស់រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបង់ចំនួនជាក់លាក់នៃការចំណាយក្រៅហោប៉ៅ។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលថ្លៃចំណាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថឈានដល់ **\$2,100**។ នៅពេលនោះ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថ។

ស្ថិតក្រោមកម្មវិធីបញ្ជ្រាបតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនផលិត ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថបង់មួយផ្នែកនៃថ្លៃចំណាយទាំងមូលនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានឈ្មោះម៉ាកយីហោផ្នែក D ដែលមានការរ៉ាប់រង និងដីសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលការការពារចំណាយខ្ពស់បំផុត។ ការបញ្ជ្រាបតម្លៃដែលបង់ប្រាក់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិត ស្របតាមកម្មវិធីបញ្ជ្រាបតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនផលិត មិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃចំណាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទេ។

E3. ដំណាក់កាលទី 1: “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង”

ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលនៃការរ៉ាប់រងដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់មួយចំណែកនៃថ្លៃឱសថរបស់អ្នកដែលរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់រួម។ ការបង់រួមគឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃចំណែកតម្លៃថ្នាំដែលស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើថ្នាំដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាងប្រាក់ចំណាយ នោះអ្នកបង់តម្លៃទាបជាងនេះ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងទៅកម្រិតឱសថទាបជាង ឬខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកផ្លាស់ទីពីកម្រិតមួយទៅកម្រិតមួយ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នក។ ដើម្បីដឹងថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងការបង់ប្រាក់រួមស្តង់ដារក្នុងកម្រិតឱសថទាំងប្រាំមួយរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងនេះអនុវត្តតែក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នក។

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីតម្លៃនៃវ៉ាក់សាំង ឬព័ត៌មានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង សូមចូលទៅកាន់ **ជំពូកទី 6 ផ្នែក D** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិត 1-2 (រួមទាំងឱសថទូទៅ) តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិតទី 1 និងកម្រិត 2 ដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$4.90 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ \$0-\$4.90 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រែសណីយ៍ គឺ \$0-\$4.90 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ \$0-\$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រែសណីយ៍ គឺ \$0-\$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3-5 (រួមមានម៉ាកយីហោ និងឱសថឯកទេស) តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិត 3 ទៅ 5 ដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$12.15 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ \$0-\$12.15 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ \$0-\$12.15 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ \$0-\$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ \$0-\$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។
ឱសថក្នុងកម្រិត 6 (រួមទាំងវ៉ាក់សាំងចាក់ Art D)	អ្នកបង់ \$0 ។	អ្នកបង់ \$0 ។

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលការចំណាយក្រៅហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ **\$2,100**។ នៅពេលនោះ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថ។

E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ”

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកចំនួន **\$2,100** សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ដំណាក់កាលការការពារចំណាយខ្ពស់បំផុតចាប់ផ្តើម ហើយអ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ។ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ចុងឆ្នាំប្រតិទិន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល

លើសពីនេះ មានការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាលនៅឆ្នាំបន្ទាប់។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
លេខកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍គម្រោង (PBP)	គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលជាគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P4 ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា PBP #004។	គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកដែលជាគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P20 ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា PBP #020។
គម្រោង Medicare Prescription Payment Plan	ផែនការទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare គឺជាជម្រើសទូទាត់ដែលបានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំនេះ ហើយអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការចំណាយក្រៅហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយផ្សព្វផ្សាយវាពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។	ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយនៅតែស្ថិតក្នុងគម្រោងដដែលនោះ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីស្នាក់នៅក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នោះទេ។

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង

G1. ស្ថិតនៅក្នុងផែនការរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare ផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare នោះអ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- អំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ **កំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- រយៈពេល**បើកការចុះឈ្មោះ Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេល ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។
- ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបាននៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំ។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬ ជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ថ្មីៗនេះ អ្នកបានផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលណាមួយ (ដូចជាមណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ប្តូរចេញពីមណ្ឌលព្យាបាលមួយ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare សម្រាប់រយៈពេលពីរខែពេញ នៅខែបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញមក។

សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលបានរាយខាងក្រោមនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ** និង**រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក **G2**។ ដោយជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើល [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)។

1. អ្នកអាចប្តូរទៅជា៖ គម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage។ វាសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ ឬកម្មវិធីនៃគម្រោងថែទាំមនុស្សចាស់ (PACE) រួមបញ្ចូលទាំងអស់ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ចំណាំ៖ ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានលក្ខណៈចម្រុះ (D-SNPs) នៅក្នុងរដ្ឋ California។	នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីនៃគម្រោងថែទាំមនុស្សចាស់ (PACE) រួមបញ្ចូលទាំងអស់ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំពារការរ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi Plan ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោងរបស់យើង នៅពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីឱ្យត្រូវតាមគម្រោង Medi-Medi Plan របស់អ្នក។
---	--

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

2. អ្នកអាចប្តូរទៅជា៖ Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក	នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំពារការរ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មីទៀត។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោងរបស់យើង នៅពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់ Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។
--	--

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើល kp.org/medicare។

3. អ្នកអាចប្តូរទៅជា៖ Original Medicare ដែលគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរតែទម្លាក់ការរ៉ាប់រងឱសថប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីព។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរស្តីពីថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថឬអត់ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីតស៊ូមតិ និងពិគ្រោះយោបល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-434-0222 នៅរៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។	នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំពារការរ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោងរបស់យើង នៅពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់ Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។
---	---

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

4. អ្នកអាចប្តូរទៅជា៖ គម្រោងសុខភាព Medicareណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះ និង រយៈពេលបើក ការចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នា នៅក្នុងផ្នែក F។	នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធី Program of All- inclusive Care for the Elderly (PACE) សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំពារការរ៉ាប់រង សុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈ លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Service s/Medicare Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី គម្រោង Medicare របស់យើង នៅពេលដែលការ រ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ។
--	---

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នក
 ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ
 ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ
 1-800-430-7077។ សួរថា តើការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare ប៉ះពាល់
 ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឬទេ។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815
 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

H. ការទទួលបានជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោម ទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងនៃប្រតិបត្តិការដែលបានរាយបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតល្អិតច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។ វាពន្យល់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 នឹងមាននៅត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងទាន់សម័យនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/eocncal។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៅឱ្យអ្នក។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង (បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និង បញ្ជីឱសថ (បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង) របស់យើង។

H2. កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP)។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា កម្មវិធី SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកពិគ្រោះយោបល់ HICAP ក៏អាចជួយអ្នកក្នុងការយល់ដឹងអំពីជម្រើសផែនការ Medicare របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរផែនការ។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅគ្រប់ខេត្ត ហើយសេវាកម្មគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)។

H3. កម្មវិធី Ombudsman

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង។ សេវាកម្មរបស់ ombudsman គឺមិនគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman៖

- ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹង និងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយក្តីកង្វល់របស់អ្នក។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

- មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman គឺលេខ 1-855-501-3077។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare

- ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។
- ផែនការផ្ទាល់នៅ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- សរសេរទៅកាន់ Medicare នៅ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដកឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀត គេហទំព័រ Medicare មានព័ត៌មានអំពីការចំណាយការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោង។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីផែនការ Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ “Find plans (ស្វែងរកគម្រោង)”)។

Medicare & You 2026

អ្នកអាចអាន *Medicare & You 2026* សៀវភៅណែនាំ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានវានៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយការហៅទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare។

H5. California Department of Managed Health Care (ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California)

ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាពនានា។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិន មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់សក្តានុពល ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Medi-Cal ពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Medi-Cal ដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Medi-Cal ដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពឯករាជ្យ (IMR) សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់នូវការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងនៃការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្មដែលបានស្នើឡើង ឬការព្យាបាល ការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណពិសោធន៍ ឬស៊ើបអង្កេត និងវិវាទការទូទាត់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃមួយខ្សែផងដែរ តាមរយៈលេខ **(1-888-466-2219)** និងបណ្តាញ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov ។

សូមមើល ជំពូកទី 9 ផ្នែក F4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

H6. គម្រោង Medicare Prescription Payment Plan

គម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare គឺជាជម្រើសនៃការទូទាត់ដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការចំណាយក្រៅហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយចែកចាយវាពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ) ជាការទូទាត់ប្រចាំខែ។ កម្មវិធីនេះមិនសន្សំប្រាក់អ្នក ឬបញ្ចុះតម្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។

"ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare និងជំនួយពីកម្មវិធី pharmaceutical assistance program (SPAP) របស់រដ្ឋរបស់អ្នក និងកម្មវិធី AIDS Drug Assistance Program (ADAP) សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់មានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan តែមួយមុខ។ អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខដែលមាននៅក្រោមទំព័រនេះ ឬចូលមើលនៅ www.medicare.gov ។

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល kp.org/medicare ។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

នៅក្នុងឯកសារនេះ "យើង" "ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" មានន័យថា Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., និង Southern California Medical Group)។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org ។

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ យើងគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

យើងមិនរើសអើង បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសៗគ្នាដោយសារ អាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សារការវប្បធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជនឱរ អត្តសញ្ញាណជនឱរ ការបញ្ជាក់ពីជនឱរ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពពិការរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីលីតេ សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanente ផ្តល់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយពួកគេទំនាក់ទំនងបានប្រសើរជាងមុនជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
 - ◆ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- សេវាកម្មភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់មនុស្សដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - ◆ អ្នកបកប្រែដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទខាងក្រោម។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ ខ្សែអាត់សម្លេង ឬទ្រង់ទ្រាយអេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយ ក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរស័ព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ សូមយោងទៅលើ *ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (Evidence of Coverage)* ឬ *វិញ្ញាបនប័ត្រនៃការធានារ៉ាប់រង (Certificate of Insurance)* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវីធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិក។ លេខទូរសព្ទត្រូវបានចុះនៅខាងលើ។
- **តាមសំបុត្រ:** ទាញយកទម្រង់បែបបទនៅ **kp.org** ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក ហើយសុំឱ្យ ពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកអាចផ្ញើទៅវិញបាន។
- **ដោយផ្ទាល់:** បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ឬទាមទារសំណង/ សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍ នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅអគារផែនការណាមួយ (ចូលទៅកាន់ បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ kp.org/facilities សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **តាមអនឡាញ:** ប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅលើ គេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**

អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (សម្រាប់ភ្នាក់ងារទទួលបានផលពី Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំ សុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដោយសរសេរតាមទូរសព្ទឬតាមអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370** (TTY 711)
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើសំបុត្រទៅ:
Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **អនឡាញ:** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិង មនុស្សជាតិអាមេរិក

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្ម សុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ហៅទៅលេខ **1-800-368-1019** (TTY 711 ឬ **1-800-537-7697**)
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖

<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **អនឡាញ:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

ព័ត៌មានអំពីគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ យើងអាចទាក់ទងអ្នកម្តងម្កាល ដើម្បីជូនដំណឹងអ្នកពីគម្រោង ឬផលិតផល Kaiser Permanente ផ្សេងទៀត ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ បើអ្នកចង់ដកខ្លួនចេញពីការហៅទូរសព្ទបែបនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងខ្នងនៃបណ្តាសមាជិករបស់អ្នក។

សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមមើលនៅគេហទំព័រ **kp.org/directory** ដើម្បីស្វែងរកនៅក្នុងសៀវភៅរាយឈ្មោះលើអនឡាញរបស់យើង (ចំណាំ៖ សៀវភៅរាយឈ្មោះឆ្នាំ 2026 អាចរកបានលើអនឡាញចាប់ពីថ្ងៃទី 10/15/2025 ស្របតាមការតម្រូវរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលបានសៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្ទេញ ឬសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន (ប្រសិនបើមាន) ដោយការផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។

បញ្ជីឈ្មោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D

បញ្ជីឈ្មោះឱសថរបស់យើងរាយឈ្មោះឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ បញ្ជីឈ្មោះឱសថអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរគ្រប់ពេល។ អ្នកនឹងទទួលដំណឹង ពេលចាំបាច់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលប្រភេទឱសថតាមអនឡាញរបស់យើងតាមរយៈ **kp.org/seniorrx** (ចំណាំ៖ បញ្ជីឈ្មោះឱសថឆ្នាំ 2026 មាននៅលើអនឡាញចាប់ពី 10/15/2025 ស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលបានបញ្ជីឈ្មោះឱសថដោយការផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់។

ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC)

ភេក ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (Evidence of Coverage, EOC) របស់អ្នកពន្យល់ពីរបៀបទទួលបានការថែទាំ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដែលមានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈគម្រោងរបស់អ្នក។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោង Kaiser Permanente។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ **kp.org/eocncal** ឬ **kp.org/eocscal** ដើម្បីមើល EOC តាមអនឡាញរបស់អ្នក (ចំណាំ៖ EOC ឆ្នាំ 2026 អាចរកបាននៅលើអនឡាញចាប់ពីថ្ងៃទី 10/15/2025 ស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ Medicare)។

ដើម្បីឱ្យយើងផ្ញើ EOC តាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នក អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅគម្រោង Kaiser Permanente បានតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។